Rok LI. Kraków, dnia 28. grudnia 1912. Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

Stosowanie benzolu w białaczce.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał

Dr Zygmunt Wachtel

asystent kliniki.

Jednym z najnowszych sposobów leczenia białaczki znajdujących się obecnie w okresie prób, jest stosowanie benzolu. Pierwszy Koranyi zastosował ten środek w celach leczniczych. Opierał on się na doświadczeniach Sellinga. Ten zauważył u dwóch chorych kobiet, ktore zmarły z powodu ostrego zatrucia benzolem, znaczne zmniejszenie się liczby krwinek białych, połączone z ciężką niedokrwistością. Z tego powodu podjął doświadczenia na materyale zwierzęcym i przekonał się, że benzol, w bardzo małych dawkach podawany królikom, podrażnia szpik i wpływa na zwiększenie się liczby krwinek białych, a w większych dawkach wywołuje leukopenię, i to bardzo znaczną. Równocześnie zauważył Selling przy podawaniu benzolu w większych dawkach aplazyę narządów krwiotwórczych.

Koranyi i jego asystent Kiralyfi stosowali u kilku chorych na białaczkę śledzionową przez kilka tygodni benzol w dawkach dość znacznych, tak że średnia dawka dzienna wynosiła 4 gr. W przypadkach opisanych przez Koranyego rzeczywiście ilość krwinek białych po sześciu tygodniach znacznie się zmniejszyła, a w kilku przypadkach wróciła do liczb prawidłowych. Jednakowoż postacie krwinek białych, jakie zwykle spotyka się w białaczce, nie uległy zmianie; wprawdzie po stosowaniu benzolu odsetkowo nieco się zmniejszyły, ale zawsze jeszcze utrzymywały się we krwi myelocyty, znamienne dla białaczki. Równocześnie ze zmniejszeniem się ilości krwinek białych zauważył Koranyi również zmniejszenie się śledziony. Objawów zatrucia benzolem nawet po podaniu 5 gr benzolu Koranyi nie spostrzegał.

Te badania i ich wyniki dały w klinice krakowskiej pochop do leczniczego stosowania benzolu w białaczce. Dotychczas stosowano go w dwóch przypadkach; w jednym jednakże przypadku ciężkiej białaczki śledzionowej musiano po trzech dniach przestać podawać benzol, gdyż w moczu pojawiła się znaczna ilość białka (około 0·25%). Drugi natomiast przypadek białaczki, w którym stosowano benzol z pomyślnym skutkiem przez sześć tygodni, przebiegał, jak następuje:

L. Dz. 245. L. C. 16. S. S., l. 38, żona rolnika, zgłosiła się po raz pierwszy do kliniki dnia 17. II 1912. Od porodu, który się odbył przed 10 tygodniami, czuła się nieco osłabiona, a od pięciu tygodni zauważyła guz w lewej połowie brzucha; zgłasza się z powodu tego guza i znacznego osłabienia.

Stan obecny: Chora wątła. Skóra blada, sucha, na skórze brzucha liczne blizny poporodowe, na kończynach dolnych nieznaczny, ale wyraźny obrzęk. Na twarzy zabarwienie blado-sinicze, źrenice i dno oczu bez zmian, wargi sine, oba migdałki równomiernie powiększone (chora podaje, że często cierpiała na zapalenie gardła), szyja krótka, gruczoły szyjne i karkowe nie macalne, płat lewy gruczołu tarczowego powiększony. Płuca i serce bez zmian. Brzuch w całości wzdęty, przy dotykaniu niebolesny. Śledziona bardzo znacznie powiększona, sięga do talerza biodrowego lewego, przekracza na trzy palce linię środkową ciała, gładka, ruchoma, o brzegach ostrych, nie bolesna, przy ruchach wdechowych bardzo wyraźnie się obniża; górną granicę śledziony można opukiwaniem oznaczyć na dolnym brzegu siódmego żebra. Mocz bez białka i cukru, w osadzie niema nic nieprawidłowego.

Badanie cytologiczne[1]) krwi, dokonane w dniu przyjęcia chorej, dało następujący wynik: Krwinek białych 182,000 krwinek czerwonych 3,695,000, Hb (Sahli) 67%, krzepliwość krwi zmniejszona, w krwi świeżej nieliczne mikrocyty i makrocyty. Krwinki białe odsetkowo: limfocyty małe 1·33%, ciałka przejściowe 1%, neutrofilne 82% (z tych część znaczna w stanie niezupełnie rozwiniętym), eozynochłonne 0·33%, komórki tuczne (bazofilne) 1·60%, komórki szpikowe (myelocyty neutrofilne) 10·6%, myelocyty eozynochłonne $^1/_3$%; nadto znaleziono myeloblastów 1·33%, komórek przejściowych między myeloblastami a myelocytami 2%, myelocytów bazofilnych 0·33%.

Rozpoznanie kliniczne: Leucaemia myeloides.

Stan chorej mimo 16 podskórnych wstrzykiwań arsacetyny po 0·10 na dawkę zupełnie się nie poprawił. Chora po 14 dniach opuściła klinikę na własne żądanie bez żadnej poprawy. Po wyjściu z kliniki czuła się chora coraz bardziej osłabioną, a wieczorami miała być ciepłota podwyższoną. Wobec tego zgłosiła się powtórnie do kliniki dnia 26. X. 1912. Stan ogólny chorej zupełnie się nie zmienił od czasu opuszczenia kliniki, śledziona powiększona w tych samych granicach.

Badanie krwi po powtórnem zgłoszeniu się do kliniki: Krwinek białych 160,000; krwinek czerwonych 3,526.000,

[1]) Badanie kliniczne krwi przeprowadzał kol. Zakrzewski.

stosunek krwinek 1·22, Hb (Sahli) 72%, wskaźnik Hb 1·03, barwa krwi bledsza; w krwi świeżej nieliczne poikilocyty; w krwi barwionej sposobem Jennera normoblasty (po kilka w jednym preparacie), polichromatofilia wyraźna. Krwinki białe: limfocyty małe 1%, limfocyty duże 6%, ciałka przejściowe 2%, neutrofilne 62%, eozynochłonne 0·75%, komórki tuczne (bazofilne) 1·75%, komórki szpikowe (myelocyty) neutrofilne 23%, komórki szpikowe eozynochłonne 0·5%, komórki szpikowe bazofilne 0·5%, myeloblasty 2·5%. Chora bardzo osłabiona, łaknienie znacznie upośledzone, ciepłota ciała w wieczornych godzinach dochodzi do 38° C. Mocz bez zmian.

Podano chorej benzol w ilości 3 gr dziennie. W pierwszych dniach po zażywaniu benzolu miała chora częste odbijania, zresztą innych dolegliwości nie miała. Badanie krwi dnia 6. II. dało następujący wynik: Krwinek białych 139,000, ilość krwinek czerwonych 3,608,000, Hb (Sahli) 65%, wskaźnik Hb 0·92; w krwi barwionej znaleziono jeszcze pojedyncze normoblasty (dwa w jednym preparacie). Krwinki białe odsetkowo: limfocyty małe 1·5%, limfocyty duże 5%, ciałka przejściowe 1·5%, neutrofilne 60·5%, eozynochłonne 1%, komórki tuczne (bazofilne) 1·5%, komórki szpikowe (myelocyty) neutrofilne 25·5%, komórki szpikowe eozynochłonne 0·5%, myeloblasty 3%. Chora czuje się nieco silniejsza, ciepłota ciała w wieczornych godzinach dochodzi do 37·4°C.

Następne badanie krwi, wykonane dnia 18. XI., dało wynik następujący: Krwinek białych 102,600, krwinek czerwonych 3,856,000, Hb (Sahli) 68%, wskaźnik Hb 0·9; we krwi barwionej znaleziono jeden normoblast polichromatofilny (w dwu preparatach). Krwinki białe: limfocyty małe 1·25%, limfocyty duże 3·5%, ciałka przejściowe 1·75%, neutrofilne 71%, eozynochłonne 0·5%, komórki tuczne (bazofilne) 1%, komórki szpikowe neutrofilne 18·25%, komórki szpikowe eozynochłonne 0·75%, komórki szpikowe bazofilne 0·25%, myeloblasty 1·75%.

Ponieważ chora dobrze znosiła 3 gr benzolu dziennie, a w moczu, prócz zwiększenia kwasu moczowego, nie było nic nieprawidłowego, zaczęto podawać benzol w ilości 4 gr dziennie. Chora od tego czasu czuła się z każdym dniem silniejszą, ciepłota ciała, przedtem stale wieczorem podwyższona, obecnie nie przekraczała 37°C, śledziona znacznie zmalała i obecnie nie sięga do linii środkowej ciała, a pod łukiem żebrowym w kształcie sierpa sięga na szerokość dłoni.

Badanie krwi dnia 4. XII. 1912: Krwinek białych 37·000, krwinek czerwonych 4,200.000, Hb (Sahli) 78%, wskaźnik Hb 0·93, krwinki czerwone prawidłowe; krwinki białe: limfocyty małe 1·5%, limfocyty duże 4·5%, ciałka przejściowe 3%, neutrofilne 79%, eozynochłonne 1%, komórki tuczne (bazofilne) 0·5%, komórki szpikowe neutrofilne 10%, myeloblasty 0·5. Chora czuje się zupełnie dobrze, cieplota ciała wieczorem 36·8°C.

Badanie krwi dnia 9. XII.: Krwinek białych 13,000, krwinek czerwonych 4,314.000, Hb (Sahli) 76%, wskaźnik Hb 0·89, krwinki czerwone prawidłowe; krwinki białe: limfocyty małe 1·5%, limfocyty duże 5·25%, ciałka przejściowe 2·75%, neutrofilne 76·25%, eozynochłonne 0·5%, komórki tuczne (bazofilne) 0·25%, komórki szpikowe neutrofilne 11%, myeloblasty 1·25%.

Ponieważ chora czuje się obecnie zupełnie dobrze, odstawiono obecnie na kilka tygodni benzol.

Na razie po stosowaniu benzolu można w tym przypadku wysnuć następujące wnioski:

Benzol jest rzeczywiście środkiem, który wpływa znacznie na zmniejszenie się ilości krwinek białych. Wprawdzie w pierwszych dwóch tygodniach ilość krwinek białych bardzo nieznacznie się zmniejszyła, jednakże ciepłota ciała, przedtem stale podwyższona, już po pierwszym tygodniu znacznie się obniżyła i ogólny stan chorej poprawił się. W czwartym tygodniu stosowania benzolu spadek ilości krwinek białych był już bardzo znaczny. Odsetkowy stosunek krwinek białych początkowo nie uległ żadnej zmianie, ale po pięciu tygodniach komórek szpikowych (myelocyty neutrofilne) znacznie ubyło na korzyść ciałek neutrofilnych; śledziona po pięciu tygodniach również znacznie się zmniejszyła, a ciepłota ciała, przedtem stale dochodząca do 38° C, nie przekraczała 37·6 C; stan ogólny chorej poprawił się, tak że chora po sześciu tygodniach pobytu w klinice czuła się tak dobrze, iż mogła wrócić do zajęcia.

Na razie na podstawie dotychczasowego wyniku leczenia benzolem nie można twierdzić, jakoby benzol był pewnym środkiem przeciwko białaczce, gdyż nawet przy znacznem zmniejszeniu się ilości krwinek białych ilość myelocytów zawsze odsetkowo była zwiększona, czyli sama sprawa chorobowa po sześciu tygodniach podawania benzolu nie została na razie usunięta, natomiast można było zauważyć, że benzol usuwa już po krótkim czasie pewne objawy, które stale towarzyszą białaczce, jak ogólne osłabienie i podwyższoną ciepłotę, wywołuje zmniejszenie się znaczne ilości krwinek białych, jakoteż zmniejszenie się śledziony. Ciekawym jest szczegółem, że benzol na krwinki czerwone i na odsetek Hb w naszym przypadku nie działał szkodliwie, lecz przeciwnie, ilość krwinek czerwonych nawet wzrosła.

Niewiadomo jednak, czy po odstawieniu benzolu na pewien czas wszystkie te objawy nie powrócą. Jak dotąd za krótki jest czas obserwacyi, by można coś o tem powiedzieć. Gdyby jednak przyszłe obserwacye kliniczne pokazały, że ilość krwinek białych, zwłaszcza myelocytów, po odstawieniu benzolu nie zwiększa się, byłoby to rzeczą bardzo doniosłą dla leczenia białaczki, którą dotychczas leczono bądźto arsenem i salwarsanem prawie bez żadnego skutku, bądźto naświetlaniem promieniami Röntgena i thorem, które to środki wprawdzie w krótkim czasie wywołują zmniejszenie się ilości krwinek białych, ale jako metody lecznicze są niedostępne w praktyce prywatnej. Na razie nadaje się benzol wprawdzie tylko do leczenia klinicznego, gdzie można dokładnie obserwować chorego, gdyż, jako silna trucizna komórkowa, może wywołać ciężkie objawy zatrucia, jak to zresztą doświadczalnie Selling stwierdził na zwierzętach.

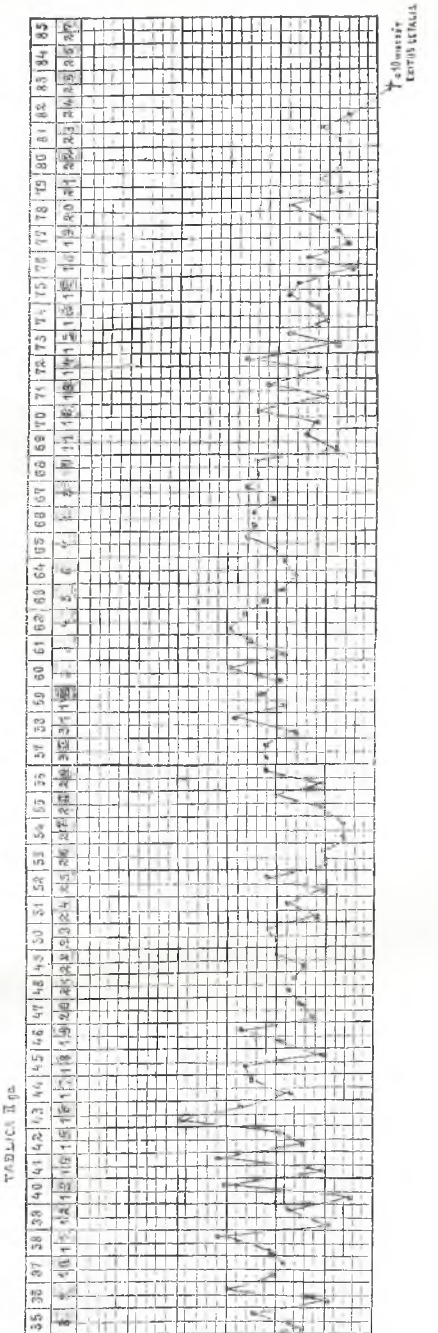
Przyczynek do kazuistyki zakrzepów żylnych i następczych zakażeń mieszanych ogólnych jako powikłań duru brzusznego.

Podał

Dr W. Puławski (Radziejów, gub. Warszawska).

(Dokończenie).

Dnia 10. VIII. Stan ciągle jednakowy; obrzęki na lewej stopie i łydce w kilku miejscach popękały, dając bardzo wielką ilość surowiczego płynu, tak że trzeba po kilka razy na dobę owijać nogę świeżemi prześcieradłami, aby



TABLICA II-ga

zapobiedz przesiąknięciu całej pościeli. Ograniczone obrzęki około stawów rąk i palców bez zmiany; na lewej kości biodrowej i w dolnej części brzucha, nad lewą pachwiną, sprawiają wrażenie chełbotania, lecz jest to przejściowe. Wychudzenie ogólne i nadzwyczajne obolenie całego ciała.

Taki stan trwał bez zmiany przez następne dwa tygodnie, w końcu których obrzęki zaczęły się zmniejszać, na rękach w pobliżu stawów i na palcach rąk ustąpiły prawie zupełnie; na lewem biodrze i w lewej dolnej połowie brzucha zjawiło się wyraźne i stałe, głębokie, podmięśniowe chełbotanie.

Stan ogólny nieco się poprawił; bóle przestały dokuczać choremu dziecku, które wychudzone i osłabione, robiło wrażenie żyjącego szkieletu z nadmiernie opuchłą lewą dolną kończyną. Na twarzy, na policzkach pod oczami i na powiekach nieznaczne obrzęki. Tętno wahało się między 120—106 uderzeń na minutę, stało się nieco wyraźniejszem; podmuch skurczowy u końca serca znikł; mocz, jaśniejszy i nieco obfitszy, zawierał 0,15—0,30‰ białka.

D. 24. VIII. Przy ciepłocie 36.6° i tętnie 96 na minutę, około południa zjawił się, rzekomo bez powodu, nagle bardzo silny ból w prawej przedniej połowie klatki piersiowej; brzuch stwardł, zjawiło się olbrzymie wzdęcie, przyczem odgłos opukowy bębenkowy dochodził aż pod prawą pachę. Tętno 160 na minutę, nitkowate, coraz słabsze; oddech około 40 na minutę, bardzo powierzchowny; skóra pokryta lepkim potem. Objawy te sprawiały wrażenie nagłego przedziurawienia do jamy brzusznej oraz do śródpiersia przedniego lub jamy opłucnej prawej. Przy ciągłych bólach, bardzo powierzchownym, coraz częstszym oddechu, oraz stopniowym zaniku tętna, śmierć nastąpiła o godz. 10 wieczorem tegoż dnia. Był to, jak wskazuje (tablica II) krzywa ciepłoty, 82. dzień od początku choroby, której przebieg starałem się możliwie krótko przedstawić.

Brak danych sekcyjnych nie pozwala nam na rzeczowe ujęcie i sprawdzenie zmian anatomopatologicznych, jakie zaszły w chorym ustroju. Również brak badania bakteryologicznego krwi i wysięków przerzutowych zapalnych, nie daje nam dokładnego pojęcia o właściwym charakterze drobnoustrojów wtórnego zakażenia posoczniczo-ropniczego, jakie zaczęło rozwijać się mniej więcej w czwartym tygodniu choroby. Zdaje mi się, że nie będę dalekim od prawdy, jeżeli na zasadzie całego przebiegu klinicznego przypuszczę, że punktem wyjścia śmiertelnych powikłań był powolny zakrzep w lewej żyle biodrowej, który stopniowo posuwając się ku górze, przeszedł na żyłę biodrową zewnętrzną i żyłę biodrową wspólną; za tem przemawia powolne zjawianie się i stopniowe powiększanie się obrzęku na coraz to większym odpowiednio obszarze żylnym. Zakrzep stopniowo doszedł do żyły głównej dolnej, a uległszy powolnemu rozmięknieniu i sposoczeniu, dał posokowatoropne przerzuty w różnych punktach ciała, przeważnie około stawów kończyn górnych. Ognisko posokowatoropne w okolicy żyły głównej dolnej przebiło, jak przypuszczam, do otrzewnej i opłucnej prawej, co było ostateczną przyczyną objawów przedśmiertnych i samego zejścia śmiertelnego.

Tworzenie się zakrzepów w naczyniach krwionośnych, zarówno w tętnicach, jak i w żyłach, jako powikłanie w przebiegu chorób zakaźnych ostrych, jest rzeczą oddawna spostrzeganą i badaną. Pomijając cały szereg chorób połogowych, w których takie zakrzepy żył przymacicznych i najbliższej okolicy mogą być punktem wyjścia całej sprawy chorobowej z następczą posocznicą lub ropnicą popołogową, w każdej chorobie zakaźnej może nastąpić tego rodzaju powikłanie. Wszyscy anatomopatologowie i klinicyści spostrzegali je niejednokrotnie. Leyden, A. Fränkel, Litten podczas epidemii grypy (1890—1892) spostrzegali zakrzepy w nogach, rękach, głowie i tułowiu; Eichhorst przy płonicy w nogach i głowie; Rosin w obu żż. udowych po zapaleniu okołokątniczem; Lipman-Wulf w żyle głównej dolnej po krupowem zapaleniu płuc; P. Fränckel i Weil

w żyle udowej przy durze brzusznym i t. d. U nas spostrzegali zakrzepy naczyń krwionośnych przy chorobach zakaźnych: Jakowski, Dunin, Matlakowski, Janowski, Świeżyński, Arnstein, Gluziński, i wielu innych. Odtąd coraz więcej znane są ogółowi lekarzy praktycznych zakrzepy w kończynach dolnych, przy durze brzusznym i grypie, zmuszające niekiedy nawet do amputacyi kończyn; dalej zakrzepy zatok mózgowych, szybko wiodące do zejścia śmiertelnego; następnie zakrzepy większych lub mniejszych żył wewnętrznych, wywołujące niekiedy nagłe zejście śmiertelne przez zator tętnicy płucnej, niekiedy zaś kończące się ogólną posocznicą lub ropnicą, krócej lub dłużej trwającą, zwykle śmiertelną. Powikłania takie, zwłaszcza z objawami sposoczenia zakrzepów, uważane są za fatalne pod względem rokowania co do życia (Curschmann). Jaka jest przyczyna tworzenia się zakrzepów żylnych przy chorobach zakaźnych, jest to rzeczą, jak dotąd, jeszcze niedostatecznie rozstrzygniętą. Bezwątpienia gra tu rolę zespół kilku przyczyn, a mianowicie: 1) Zmiana krwi żylnej wskutek gorączki. 2) Zwolniony i utrudniony jej obieg. 3) Zapalenie ściany żylnej wogóle, a osobliwie jej warstwy wewnętrznej (endophlebitis). 4) Przepełnienie krwi drobnoustrojami chorobotwórczymi, produktami ich życia (toksyny czyli egzotoksyny) i resztkami ich pośmiertnemi (endotoksyny, Leiberbakteriennachresten). 5) Indywidualne usposobienie osobnika chorego, oraz 6) Możliwość wpływu przyczyn mechanicznych, działających miejscowo podczas choroby lub też jeszcze przed jej wybuchem, w okresie jej wylęgania lub wcześniej, a więc blizna po zagojeniu się rany, uraz, ucisk i t. p. Ullmann i Colzi możliwość wpływów mechanicznych stwierdzili na królikach. W moim przypadku uraz lewego uda, choć niewielki, (wywołujący tylko trwający dni kilka siniec), poprzedzał niespełna na tydzień domniemaną chwilę wkroczenia zarazka durowego. Być może, że właśnie ta okoliczność była później powodem wytworzenia się zakrzepu w żyle udowej lewej; przemawiałoby za tem jeszcze i powolne wytwarzanie się sprawy zakrzepowej.

U nas nad przyczynami tworzenia się zakrzepów żylnych przy chorobach zakaźnych przeprowadzał badania doświadczalne M. Jakowski (»Przyczynek do nauki o zakrzepach żylnych pochodzenia zakaźnego« »Gazeta Lekarska« 1898 Nr 40 i 2) »Udział mikroorganizmów w powstawaniu zakrzepów żylnych« »Gazeta Lekarska« 1900 Nra 36 i 37), który dochodzi do wniosku, że »osiadłe wskutek zwolnienia krwiobiegu, a także wskutek przypuszczalnego podrażnienia intimae, na ścianie naczyń bakterye wytwarzają toksyny, które na miejscu ich produkcyi z drobnoustrojów mogą powodować krzepnienie krwi, resp. wytwarzanie się skrzepów«. Biochemicznie znaczy to, że »wspomniane toksalbuminy, resp. toksyny, drażniąc elementy krwi, ciałka białe, a być może i płytki krwi, muszą działać rozkładająco na zawartą w jądrach białych krążków nukleinę i wydzielać z niej, zgodnie z poglądami Lilienfelda, t. zw. leukonukleinę, dawny ferment włóknikowy, powodujący tworzenie włóknika z osocza krwi«. Do podobnego wniosku dochodzi również Bardeleben (Berlin), który w pracy swej: »Streptococcus und Thrombose« (Archiv für Gynäkol. B. 83. H. 1.) powiada, że: »Paciorkowce uszkadzają leukocyty, z których wyzwala się substancya, wydzielając włóknik z osocza krwi. Następuje to wtedy nawet, gdy obsiądą one ścianę naczynia na zewnątrz; o ile zaś przenikną w prąd krwi, to gdy ten miejscami słabnie, wytwarzają się tam zakrzepy«. Naturalnie, gdy zakrzep już utworzony przez analogiczne działanie innej zakaźnej bakteryi, a jak w tym razie prątka durowego Ebertha, staje się podłożem dla dalszego rozwoju paciorkowców lub gronkowców, które zostały wessane w obieg krwi z jakiegokolwiek miejsca chorego ustroju, n. p. choćby z ropiejących swoistych durowych wrzodów w jelitach, cały następczy przebieg choroby przybiera cechy złośliwe. Przedewszystkiem z powodu asocyacyi bakteryi i ich metabiozy potęguje się wzajemnie lub jednostronnie ich jadowitość (Baumgarten l. c. patrz wyżej), a następnie sposoczałe lub zropiałe części skrzepu, uniesione przez prąd krwi, osiadają w różnych tkankach ustroju, wywołując posokowate lub ropne przerzuty z całym nieuniknionym łańcuchem niebezpiecznych następstw. Przy zajęciu naczyń wątrobnych może nastąpić ropień wątroby lub sprawa posokowata w całym jej układzie krwionośnym, jak to przypuszczam, było w pierwszym opisanym przypadku; przy zapaleniu zakrzepowem żyły udowej zakrzep może stopniowo szerzyć się na całe terytoryum zstępne, sięgając do palców, oraz wstępne, sięgając aż do żyły głównej dolnej, co, jak sądzę, nastąpiło w przypadku drugim. Zropienie i sposoczenie skrzepu może nastąpić już pod działaniem samego prątka durowego Ebertha, jego toksyn i endotoksyn (Janowski, Dmochowski, Curschmann i inni), lub też drogą zakażenia wtórnego (Dunin, Jakowski, Bardeleben, Baumgarten i wielu innych) przez wniknięcie ziarenkowców ropotwórczych do krwi drogami, wspomnianemi wyżej, jak: przez wessanie do krwi z ropiejących owrzodzeń jelitowych (Dunin, Senger), ropiejącej odleżyny (F. Jakowski Port) i t. p. Zakażenie wtórne, powstałe na tem tle w drugim moim przypadku, przebiegało zupełnie inaczej, niż w pierwszym, dając klinicznie obraz bardziej przewlekłej posocznicoropnicy: 1) Brakowało przedewszystkiem silnych napadów dreszczów wstrząsających; o ile były dreszczyki lub ziębienia, to tylko tak nieznaczne, że ani samo chore dziecko, ani najbliższa jego rodzina, która bardzo starannie i pieczołowicie opiekowała się chorym, nie dostrzegało ich zupełnie. 2) Zjawienie się upartych pleśniawek w jamie ustnej należałoby również zdaniem mojem odnieść do septycznych objawów zakażenia mieszanego. Arnstein spostrzegał je również w przypadku duru brzusznego, powikłanego posocznicą (Gazeta Lekarska 1898 Nr 21), przyczem zjawiły się one prawie jednocześnie z innymi objawami posocznicy, jak posokowate zapalenie ucha, zastrzał (panaritium), ropnie w tkance łącznej podskórnej. 3) Dalej, przerzutowe zapalenia wysiękowe w tkance łącznej podskórnej, głównie w okolicach różnych stawów lub trzonów kostnych na kończynach górnych cechowały odrębność przypadku; były one częściowo chełboczące, lecz cecha ta była przemijająca, tak, że do miejscowego ropienia jawnego w punktach tych nie doszło.

W obu opisanych przypadkach widzimy, że właściwe objawy durowe, z chwilą wystąpienia zakażenia posoczniczego, osłabły i stały się drugorzędnymi; zgadza się to z tem, co już nadmieniłem o niewspółmierności ciężkich objawów ogólnych za życia w porównaniu z niewielkiemi, swoistemi dla duru brzusznego, zmianami w jelitach, jakie po śmierci nieraz tylko w nader małych rozmiarach znajdowano (Ebstein, Port, Arnstein i cytowany przez ostatniego Osler).

W obu opisanych przezemnie przypadkach należy przypuścić spotęgowaną złośliwość działających bakteryi zakaźnych; nader długi jednak przebieg choroby, zwłaszcza w przypadku drugim (82 dni), wskazuje na to, że złośliwość nie dosięgła tego najwyższego stopnia, przy którym zejście śmiertelne następuje o wiele prędzej, nie dopuszczając do rozwinięcia się objawów umiejscowienia się sprawy chorobowej w różnych punktach ustroju.

Brak danych sekcyjnych i badania bakteryologicznego w obu opisanych przypadkach stanowi ujemną stronę moich spostrzeżeń. Pomimo to niezwykły przebieg kliniczny obu przypadków, wchodzących w zakres sprawy, zaprzątającej oddawna umysły badaczy i lekarzy praktyków, zniewolił mnie do ogłoszenia ich w tej myśli, że nie będą one zbędne w szeregu spostrzeżeń, mających na celu wyjaśnienie zawikłanego zagadnienia pochodzenia zakrzepów żylnych i zakażeń mieszanych przy durze brzusznym. W dziedzinie tej pierwsze świetne prace, ogłoszone u nas jeszcze przed kilkunastu laty przez Jakowskiego, Dunina, Janowskiego,

Dmochowskiego, Gluzińskiego i Korczyńskiego, są do dzisiejszego dnia pełne aktualnego znaczenia, schodząc się w zupełności z najnowszemi badaniami w tym kierunku, o jakich niejednokrotnie w ciągu pracy niniejszej wspominałem. Daleki jestem od mniemania, żem w krótkiem wyjaśnieniu mych spostrzeżeń wyczerpał wszystkie odnoszące się tu źródła. Bezwątpienia istnieją jeszcze inne prace, oprócz wspomnianych przezemnie, zarówno nasze polskie, jak i cudzoziemskie, dotyczące tego przedmiotu; chwilowo nie są mi one znane ani dostępne, co jest już wynikiem warunków, w jakich praeuję.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenia naukowe lekarzy szpitala św. Łazarza w Krakowie.

I. Posiedzenie w dniu 8. XI. 1912 r.

1) Prymaryusz Dr Krokiewicz przedstawił a) chorego z wadą utworową, polegającą na **odwrotnym układzie wnętrzności klatki piersiowej i jamy brzusznej.** Chory, liczący lat 25, zgłosił się do szpitala 15. X. b. r. z powodu uporczywego kaszlu i duszności. Według wywiadów przebył w 8. roku życia zapalenie płuc; później był zdrów i pracował ciężko jako pomocnik murarski i dopiero od roku zapada często na kaszel suchy i łatwo się męczy. Ojciec umarł na chorobę nerek; matka żyje i zdrowa; jedna siostra zmarła w szpitalu przed kilku tygodniami na gruźlicę opon mózgowych w 26. roku życia. Chory okazuje dobre odżywienie, budowę kośćca prawidłową; na twarzy nieznaczną sinicę, (która po kilku dniach ustąpiła). Przy oglądaniu klatki piersiowej widoczne uderzenie koniuszkowe serca w prawej linii sutkowej w V prawem międzyżebrzu. Wymiary serca na poprzek powiększone. Stłumienie serca rozpoczyna się na IV prawem żebrze i sięga na lewo do środka mostka. Nad koniuszkiem serca wyraźny szmer skurczowy i przedskurczowy, który udziela się ku podstawie serca; drugie tony nad ujściami tętniczemi silniej zaakcentowane. Tętno prawidłowe 80, parcie (Riva Roccii) 125 mm. Hg. Klatka piersiowa prawidłowa. Granica dolna płuca po prawej stronie leży na 4. żebrze; po stronie lewej na 6. żebrze w linii sutkowej; z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej na dolnym brzegu 10. żebra; ruchome. Odgłos opukowy wszędzie jawny na klatce piersiowej z wyjątkiem opisanego stłumienia sercowego; szmery oddechowe zaostrzone, tu i owdzie świstami i furczeniami pokryte. Liczba oddechów 20. W jamie brzusznej ułożenie trzew odwrotne; mianowicie w podżebrzu prawem stwierdzić można stłumienie odpowiadające śledzionie, a w podżebrzu lewem — stłumienie wątrobowe. Prześwietlanie promieniami Röntgena (Dr Korabczyńska) potwierdza w zupełności wynik badania fizycznego, a zarazem uzupełnia obraz topograficzny trzew w jamie brzusznej, gdyż wykazuje, iż dno żołądka i pętla esowata znajdują się po stronie prawej. Również prześwietlenie promieniami Röntgena wykazuje cień tętniący, właściwy tętnicy głównej, odpowiednio do zmienionych warunków ułożenia serca co wyłącza nieprawidłości w ułożeniu głównych pni naczyniowych (transpositio) co do tętnicy głównej i płucnej. W narządzie moczowopłciowym, nerwowym, zmian chorobowych nie można wykazać. Wobec tego rozpoznanie kliniczne opiewa: Situs inversus completus viscerum. Endocarditis chronica mitralis ss. insuff. valv. bicuspidalis et stenosi ostii venosi sin.

Prelegent pokrótce porusza teorye, dotyczące wytwarzania się wad utworowych (1. p. defectum, 2) p. excessum, 3. p. hermaphroditismum, 4. p. fabricam alienam) i nadmienia, iż wada utworowa przedstawiona, polegająca na odwrotnem ułożeniu trzew, zaliczana bywa do wad »per fabricam alienam« i początek swój bierze w bardzo początkowym okresie rozwoju zarodka, najprawdopodobniej wskutek czynnika mechanicznego, jak np. silnego wstrząsu; zarazem udowadnia rozpoznanie niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia ujścia żylnego lewego jako następstw sprawy chorobowej nabytej, t. j. przebytego zapalenia wsierdzia w życiu pozapłodowem.

b) Przedstawia chorego z objawami **tętniaka aorty** na granicy łuku i części zstępującej i omawia rozpoznanie różniczkowe między tętniakami aorty a innymi guzami klatki piersiowej. Chory przebył przed dwudziestu laty uporczywą kiłę i przez cały czas następnie był leczony przeciwkiłowo. Zaostrzenie przypadów chorobowych wystąpiło po zastosowaniu metodycznem kąpieli z CO_2.

c) Dalej przedstawia chorego z **białaczką szpikową** (leucaemia myelogenes), u którego stosowano **leczenie benzolem** według metody Koranyego i zestawia w dłuższym wywodzie przebieg kliniczny i obraz anatomopatologiczny tudzież obecne poglądy ze względu na patogenezę i leczenie białaczki.

Chory, strażnik skarbowy, 30 lat liczący, stanu wolnego, prócz chorób zakaźnych zwykłych, w dzieciństwie przebytych, miał być zawsze zdrów i tylko w ostatnich kilku latach doznawał po dłuższem chodzeniu uczucia znużenia w łydkach. Od 9 miesięcy zauważył w podżebrzu lewem guz, rosnący coraz bardziej, i tamże po zmęczeniu od czasu do czasu tępy ból, który w ostatnich tygodniach silniej występował, tudzież uczucia dreszczyków i ziębienia w palcach rąk i nóg. Kiły nie przechodził; dwukrotnie tylko był leczony na trypra. Ojciec zmarł w 54. roku życia na zapalenie płuc; matka żyje i jest zupełnie zdrowa.

Badanie w dniu 20. IX. b. r. wykazało: Osobnik wzrostu średniego, dobrze odżywiony i zbudowany, o ogólnem wejrzeniu zdrowem. Waga ciała 68 kg. Skóra prawidłowo zabarwiona, bez jakichkolwiek zmian. Gruczoły obwodowe zupełnie prawidłowe; (pomimo dokładnego badania nie można nigdzie wykazać gruczołów powiększonych). Narząd oddechowy i krążenia bez zmian. Liczba oddechów 20; tętno prawidłowe, 80; Riva Rocci 125 mm. Hg. Na języku i na błonie śluzowej policzka prawego ograniczone zgrubienie białawe (leucoplakia). Brzuch w okolicy podżebrza lewego znacznie wysklepiony i tamże za uciskiem nieco tkliwy. Wątroba prawidłowa. Śledziona bardzo duża, twarda, sięga od 7. lewego żebra poniżej pępka i przekracza linię środkową na prawo. Wymiar podłużny śledziony wynosi 27 cm., a poprzeczny 25 cm. Mocz zmian ważniejszych nie okazuje. Apetyt i sen bardzo dobry; trawienie prawidłowe.

Badanie krwi (3. X.) wykazało: Hb. 68% (Sahli); ilość krwinek czerwonych 3,200.000; ilość krwinek białych 330,000 w 1 cm^3. Stosunek leukocytów: limfocyty 3%, neutrofile 49%, eozynowe 4%, bazofilne 3%, tudzież 41% myelocytów (neutrofile 34%, eozynowe 2%, bazofilne 1%, przejściowe 2%, szpikowe ciałka 2%). Ciałka czerwone krwi układają się prawidłowo; skąpe normoblasty.

Choremu podawano benzol (Benzoli p. olei oliv. aa 0,5) w kapsułkach żelatynowych według wskazówek Koranyego 2—5 gr. dziennie. Chory wyżył wogóle 126 gr. benzolu i znosił lek ten bardzo dobrze. W 17. dniu leczenia zauważono zmniejszenie się wymiaru podłużnego śledziony o 4 cm. i zmniejszenie się ilości krwinek białych w 1 mm. z 330000 na 241000; myelocytemia jednak utrzymywała się w tym samym stopniu, gdyż wynosiła 40%, przyczem stosunek pojedynczych form myelocytów uległ nieznacznym wahaniom na korzyść eozynowych i bazofilnych. Pod koniec leczenia, t. j. 27. X, śledziona w wymiarze podłużnym zmniejszyła się o 6 cm, a w poprzecznym o 2 cm., natomiast ilość hemoglobiny spadła do 58; ilość krwinek białych wynosiła w 1 mm^3 256000; ilość krwinek czerwonych utrzymywała się na tym samym poziomie (3600000), toż samo i myelocytemia (40%). Dnia 6. XI., skoro lecze-

nie zakończono, ilość hemorglobiny opadła do 42%, ilość krwinek białych wynosiła w 1 mm³ 232000 (myelocytów 40%), krwinek czerwonych 3600000; wymiary śledziony prawie takie same.

Wogóle pod wpływem zażywania benzolu zmniejszyła się śledziona dość znacznie, zmniejszała się ilość krwinek białych (o 100000) spadała bardzo Hb (z 68% do 42%); ilość krwinek czerwonych nie ulegała zmianie. Należy też podnieść, iż obniżanie się ilości krwinek białych pod wpływem leczenia benzolem było krótkotrwałe, gdyż po przerwie kilkudniowej podawania benzolu ilość krwinek białych rychło wzmagała się do pierwotnego poziomu i znów rychło opadała przy dalszem stosowaniu leku. Ilość moczu codziennie badana wynosiła początkowo na dobę średnio 1500 cm. a 21·1‰ mocznika, a później 1400 cm. i 16‰ mocznika; mocz zawsze bez białka. Waga ciała spadła nieznacznie, wynosiła 67 kg. 500 gm.

Wogóle przypadek ten poucza, iż chory może znieść duże dawki benzolu, i to przez kilka tygodni, bez objawów zadrażnienia nerek i przewodu pokarmowego; nie można jednak upatrywać w benzolu środka leczniczego swoistego dla białaczki, ale zgodnie z doświadczeniami Seelinga na zwierzętach i Kiralyfego na ludziach (klinika Koranyego) benzol sprawia czasowe obniżenie ilości krwinek białych i aplazyę układu krwiotwórczego, przyczem nie wpływa na myelocytemię, a więc nie zmienia istoty chorobowej białaczki. Ze względu na szybkie stosunkowo obniżanie się hemoglobiny należy leczenie benzolem w białaczce stosować z pewną ostrożnością.

W końcu zaznaczył prelegent, iż przypadek przedstawiony zdaje się bardzo przemawiać za zapatrywaniem Zieglera co do istoty białaczki, który upatruje pierwotne źródło choroby w miąższu śledzionowym wskutek wytwarzania się toksyn, pod wpływem których dopiero następowo przychodzi do zadrażnienia szpiku kostnego i rozwoju sprawy chorobowej.

2) Dr Rec przedstawia następujące przypadki: a) J. S. lat 48, rozpoznanie przed operacyą: wrzód żołądka. Podczas operacyi znaleziono **wrzód żołądka** na tylnej ścianie i krzywiźnie małej, którego dno stanowiła trzustka. Poprzeczne **częściowe wycięcie żołądka**, gastrojejunostomia. Obecnie tak stan ogólny chorego, jak i miejscowy zupełnie dobry.

b) Trzy przypadki **przepukliny uwięzniętej zaniedbanej.**

α) J. M. lat 45, z przepukliną udową, od 5 dni uwięzniętą i następowym ropniem kałowym w pachwinie. Wobec złego ogólnego stanu chorego przecięto tylko ropień kałowy i założono dren do pętli doprowadzającej. W 10 dni potem wycięto pętlę jelita i otwarto ropień w jamie Douglasa. Obecnie rana zagojona.

β) B. N. l. 39, z przepukliną udową, od 10 dni uwięzniętą, następowym ropniem kałowym i rozległą ropowicą na udzie. Osłabienie chorej bardzo znaczne. Po nacięciu ropnia i ropowicy założono odbyt sztuczny, który w kilkanaście dni później zamienił się w przetokę kałową, a ta się powoli zamknęła bez najmniejszych widocznych następstw dla chorej. Należy zaznaczyć, że chora ta leczona była przez lekarza miejscowego z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego.

γ) J. S. lat 52, z pęknięciem jelita cienkiego i następowem ogólnem zapaleniem otrzewnej skutkiem odprowadzenia przez siebie przepukliny pachwinowej tuż po jej uwięznięciu. Po odpowiedniem zaopatrzeniu jelita pękniętego, jamę brzuszną przepłukano fizyol. rozczynem soli i wlano do niej około 50 gr. 1% oliwy kamforowej, a do jamy Douglasa założono dren. Chory obecnie opuszcza oddział jako wyleczony.

3) Dr Kosiński przedstawia a) chorą J. K. lat 54, u której z powodu **raka żołądka** i przerzutu w płacie wątroby lewym, dokonano rozległej **resekcyi żołądka oraz części** płatu lewego **wątroby** zajętej przez raka. (przedstawienie chorej i preparatu); b) chorą S. S. l. 43., u której z powodu **wrzodu żołądka**, usadowionego na krzywiźnie małej, którego dno stanowił lewy płat wątroby, zlepiony z powłokami, wycięto wrzód wraz z częścią płatu wątrobowego. Ubytek zaszyto i wykonano powyżej gastrojejunostomię. Chora jako wyleczona opuszcza szpital.

4) Dr Rychliński przedstawia przypadek **zwężenia odźwiernika** na tle wrzodu z następowem rozszerzeniem żołądka. Dokonana w dn. 12. X. 1912 przez Prof. Rutkowskiego operacya wykazała, iż żołądek dolną granicą sięga na 2 palce poniżej spojenia łonowego, odźwiernik nieco zgrubiały i zwężony, a cała przednia ściana żołądka ściśle złączona z powłokami brzusznemi. Zabieg polegał na dokonaniu gastrojejunostomii (retrocolica posterior). Przebieg pooperacyjny prawidłowy, a badanie promieniami Röntgena w dniu 30. X. 1912 wykazuje, iż żołądek sięga zaledwie 3 palce poniżej pępka; odźwiernik przesunięty nieznacznie na prawo od pępka, zresztą kształt żołądka prawidłowy. Obiad Riedera wypełnia cały żołądek równomiernie; w $2^1/_2$ godz. pozostała zaledwie $^1/_4$ część obiadu. Chory czuje się dobrze, a stan fizyczny, rozpaczliwy przed operacyą, powoli, ale stale się poprawia. (Chory opuścił szpital w dn. 12. XI. 1912).

5) Dr Türschmid przedstawia przypadek **papilloma vesicae.** P. C., l. 43. liczący robotnik kopalniany, zgłosił się z powodu krwiomoczu, trwającego od dwóch miesięcy. Chory wysoce niedokrwisty, skóra woskowo blada, osłabienie znaczne. Parokrotne próby cystoskopii niemożliwe z powodu ciągłego silnego krwawienia. Mimoto, iż nie można było z tego powodu postawić ścisłego rozpoznania, ze względu jednak na lichy stan chorego i upadek sił przystąpiono do operacyi. Drogą cięcia nadłonowego otwarto pęcherz i tu na prawej bocznej ścianie ponad ujściem moczowodu znaleziono guz wielkości jaja kurzego o charakterze brodawczaka (potwierdzone badaniem mikroskopowem). Guz wycięto, pęcherz zeszyto na głucho, do przestrzeni Retziusa sączek przez cewkę, do pęcherza cewnik główkowy Pezzera. Dziś w miesiąc po operacyi, mocz czysty, bez osadu, krwi nie zawiera, chory wraca szybko do sił i zdrowia.

6) Dr Bobak przedstawia dwa przypadki **zwichnięcia stawu łokciowego odprowadzonego sposobem krwawym.** W obu przypadkach, nie mogąc odprowadzić przedramienia sposobem bezkrwawym, w pierwszym z powodu zrostów, w drugim z powodu odłamka kostnego, znajdującego się w stawie, przystąpiono do otwarcia stawu, przyczem staw ze zrostów oczyszczono, względnie usunięto odłamek, a kości prawidłowo ustawiono. Miesienie, kąpiele i ruchy bierne doprowadziły staw prawie w ciągu miesiąca do stanu pod względem czynności zupełnie prawidłowego.

7) Dr Kostecki: **Zastosowanie neosalwarsanu w kile dziedzicznej u oseska.** Matka przed trzema laty przechodziła kiłę i leczyła się. Po trzech latach poród, dziecko pozornie zdrowe, po trzech miesiącach jednak występują objawy kiły dziedzicznej w postaci pęcherzycy kiłowej na dłoniach i podeszwach. Przyniesione dziecko, liczące obecnie 5 miesięcy, karmione sztucznie, przedstawia obraz zupełnego zaniku, blade, wynędzniałe, nie krzyczy, z sapką, ze swoistym nieżytem nosa, z kłykcinami sączącemi w ustach i na nogach, oraz z guzkową wysypką kiłową, porozrzucaną po całem ciele. Zastosowano neosalwarsan 0,15 śródmięśniowo w pośladek w ilości 5·0 H_2O; żadnych objawów ubocznych po wstrzyknięciu nie było. Bezpośrednio po zabiegu ogólny stan dziecka zaczął się poprawiać, nieżyt nosa ustąpił i szybko zaczęły ulegać wessaniu wszystkie zmiany tak na skórze, jak i na błonach śluzowych. Takiego wyniku leczniczego przy stosowaniu dotychczas używanych środków osiągnąćby nie można. Dziecku polecono w dalszym ciągu wcieranie maści rtęciowej.

8) Prym. Dr Borzęcki przedstawia chorego z **lupus verrucosus hypertrophicus** na goleni i stopie. Ogniska chorobowe oddzielone od siebie pasmami skóry niezmie-

nionej, przedstawiają obraz następujący: Skóra i tkanka podskórna przerosła, zgrubiała, powierzchnia ognisk skutkiem wielkiej ilości barwika ma odcień ciemno-brązowy; tu i ówdzie powierzchowne owrzodzenia, przeważnie jednak pokryte naskórkiem i drobnymi brodawkowatymi twardymi guzkami. Choroba trwa od lat kilkunastu.

9) Na końcu nastąpiła demonstracya klisz z pracowni rentgenologicznej, do których objaśnień udzieliła Dr Korabczyńska.

Sekretarze: A. Markowa, M. Kosiński.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 21. IX. 1912.

I. Kol. Biegański poświęcił kilka słów pamięci zmarłego w Tomaszowie Dra Sękowskiego, który przez lat kilka mieszkał w Częstochowie i był jednym z założycieli i pierwszym sekretarzem Towarzystwa lekarskiego. Zmarły brał czynny udział w życiu społecznem Częstochowy, przewodniczył sekcyi kolonii letnich przy miejscowem Towarzystwie dobroczynności dla chrześcian, wreszcie był jednym z założycieli Oddziału częstochowskiego Towarzystwa higienicznego warszawskiego. Pamięć Dra Sękowskiego uczczono przez powstanie z miejsc.

II. Kol. Stefan Kohn przedstawił dwie chore, operowane w prywatnej klinice położniczo-ginekologicznej miejscowej (kol. N. Kohna i St. Nowaka). Jedna z tych chorych miała olbrzymią **torbiel jajnika**, druga — **wypadniętą macicę** i pochwę. W tym drugim przypadku oprócz plastycznej operacyi krocza i szyjki wykonano jeszcze operacyę Alexandra-Adamsa. Stan chorych zupełnie dobry.

III. Kol. Szaniawski opisał przypadek **krwotoku miesiączkowego, leczonego surowicą przeciwbłoniczą**. Młoda dziewczyna, dotychczas zdrowa, dobrze odżywiona, dostaje po raz pierwszy miesiączki. W trzecim dniu z powodu nadzwyczaj obfitego krwawienia występują nudności, zawroty głowy, bardzo silne osłabienie ogólne. W piątym dniu wymioty, omdlenia, tętno nitkowate 150. Wobec groźnego stanu chorej i nieskuteczności wszystkich stosowanych środków, wstrzyknięto nazajutrz 6 flakonów surowicy przeciwbłoniczej. Już po pięciu godzinach krwotok zmniejszył się znacznie, a na drugi dzień ustał prawie zupełnie. W ciągu pierwszych dwóch dni po wstrzyknięciu surowicy było zupełne zatrzymanie moczu, w trzecim dniu ciepłota podniosła się do 39°. Obecnie chora czuje się nieźle, pozostało tylko pewne osłabienie i małokrwistość. Ponieważ badanie miejscowe nie wykryło żadnych zmian w macicy, kol Szaniawski rozpoznaje **krwawiączkę**.

W dyskusyi kol. Perłowski opisuje przypadek krwotoku macicznego na tle niewątpliwej krwawiączki. Wstrzyknięto dwa flakony surowicy przeciwbłoniczej — bez żadnego skutku. Kol. Szaniawski sądzi, że dawka ta była zbyt małą. Tylko duże ilości surowicy możliwie świeżej mogą dać wyniki pomyślne. — Zdaniem kol. Stefana Kohna w uporczywych krwotokach pewne usługi oddać może galwanizacya macicy: biegun ujemny do jamy macicznej, biegun dodatni odpowiedniej wielkości na brzuch. — Kol. Rozenfeld sądzi, że rozpoznanie krwawiączki w przypadku kol. Szaniawskiego, wobec braku dziedziczności i krwotoków ze strony innych narządów, nie jest bezwzględnie pewne. W każdym razie zastosowanie surowicy było bezwarunkowo celowe, albowiem surowica, będąc najlepszym środkiem w leczeniu krwawiączki, wywiera często wpływ bardzo pomyślny przy najrozmaitszych krwotokach, np. w chorobach zakaźnych, w gruźlicy, przy wrzodzie żołądka i t. d. (Mongaur).

IV. Kol. Rozenfeld opisał dwa przypadki ostrej **gruźlicy płuc, leczonej surowicą przeciwgruźliczą** Marmorka. W obydwóch przypadkach stan chorych był rozpaczliwy i nie budził najmniejszej nadziei powstrzymania dalszego rozpadu płuc i grożącej chorym katastrofy. W pierwszym przypadku (panna l. 20) zastosowano w lawatywach 12 flakonów surowicy, w drugim (mężczyzna l. 25) 13. Wyniki leczenia były wprost zdumiewające. Przedewszystkiem ujawniły się spadkiem ciepłoty (z 40° na 38°—37,5°), a następnie zmniejszeniem duszności, kaszlu, rozwolnienia i potów. Objawów nadwrażliwości nie zauważono. Chorzy po przeprowadzonem później leczeniu w Otwocku mogli z pewnemi zastrzeżeniami powrócić do pracy. W obydwóch przypadkach surowica Marmorka zdawała się oddziaływać w pierwszym rzędzie na objawy, wywołane bezpośrednio zakażeniem toksynami gruźliczemi. Objawy miejscowe przez czas dłuższy pozostawały bez widocznej poprawy. W końcu referent omówił bliżej wskazania do użycia surowicy Marmorka, podkreślił różnicę w sposobie oddziaływania surowicy i tuberkuliny, wreszcie opisał metodykę wstrzykiwań i działanie uboczne.

V. Kol. Rozenfeld: **Nowe prądy w leczeniu chorób nerkowych.** Szablonowe stosowanie dyety mlecznej jest często niewłaściwe, a czasem nawet szkodliwe. Wybór pożywienia powinien być ściśle przystosowany do sprawności wydzielniczej nerek, ilość płynów do sprawności serca. Stąd też odróżniamy cztery rodzaje dyety, oparte poniekąd na podziale czynnościowym chorób nerkowych. Pierwszą postać stanowi dyeta wyłącznie mleczna, wskazana przedewszystkiem w ostrem zapaleniu nerek. Dyeta ta może być stosowana z korzyścią przez kilka dni każdego miesiąca w postaciach przewlekłych z upośledzonem wydzielaniem azotu i chloru i dobrą sprawnością serca lub też przez kilkanaście dni w zaostrzeniu postaci mocznicowej. W miarę możności przechodzimy jak najszybciej do dyety mlecznej mniej ścisłej i więcej pożywnej. Dodatek do mleka stanowią: kleiki, 40,0 gr. cukru, 100,0 gr. bułki suszonej, podług Acharda. masło i 1 jajko. Trzecia odmiana, t. zw. dyeta bezchlorowa, niesłona (Widal), wskazana jest w zapaleniu nerek przewlekłem, obrzękowem bez azotemii. Ujemną stroną tej dyety są zaburzenia trawienne, wywołane brakiem soli w pokarmach. Czwartą odmianę dyety, t. zw. podazotową (wodną, winogronową, mieszaną), stosować należy w postaciach mocznicowych przewlekłych, przebiegających z azotemią, zatrzymaniem chloru i wzmożonem ciśnieniem tętniczem. Z właściwych lekarstw, oprócz znanych ogólnie środków moczopędnych, czyszczących, napotnych i t. d., zasługują na uwagę przetwory nerkowe. Pod wpływem podawanych wewnętrznie suchych wyciągów nerkowych (0,25 kilka razy dziennie) spostrzegano znikanie obrzęków, duszności, zmniejszanie się białkomoczu. Jeszcze energiczniejszy wpływ wywiera surowica z żyły nerkowej, której działanie moczopędne bywa nieraz nadzwyczaj silne. Przeciwwskazaniem do użycia surowicy jest krwiomocz i objawy nadwrażliwości. Od kilku lat w chorobach nerkowych stosowane są zabiegi chirurgiczne: obłuszczenie (decapsulatio) i nacięcie nerki. Jako wskazanie podają obfity i uporczywy krwiomocz oraz bardzo ciężkie postacie ostrego zapalenia nerek, które w warunkach zwykłych kończą się śmiertelnie. Wreszcie na szersze rozpowszechnienie w praktyce lekarskiej zasługuje nakłucie lędźwiowe, które usuwa czasowo lub przynajmniej łagodzi wiele objawów mocznicy.

Dyskusyę nad tym referatem odłożono.

Posiedzenie z dnia 22. X. 1912.

I. Dyskusya nad referatem kol. Rozenfelda: **O leczeniu chorób nerkowych.** Kol. Stefan Kohn oświadcza, że w klinice wrocławskiej stosowano przez czas dłuższy obłuszczenie nerek przy rzucawce. Baum na 200 przypadków operowanych nie widział wyników dodatnich.

Kol. Biegański, powołując się na dawne doświadczenia Brown-Sequarda, ktore polegały na podwiązaniu moczowodów, wyraża przypuszczenie, że surowica żyły nerkowej dzięki swoistym hormonom może mieć wpływ pomyślny na przebieg choroby nerkowej. Dalej streszcza kol. Biegański pracę Hösslina, który stwierdził dodatnie działanie po-

dawanej wewnętrznie sody. Zwiększona kwaśność moczu, zależna od obecności we krwi kwaśnych fosforanów, zmusza ustrój do wytwarzania w celach samoobrony amoniaku. Ale wskutek drażniących własności amoniaku zwiększa się ilość białka i wałeczków. Stąd też ścisły związek między stopniem kwaśności moczu i ilością białka. Pod wpływem sody zwiększa się zasadowość moczu, zmniejsza ilość białka i giną wałeczki. Zależnie od stopnia kwaśności, można podawać 10,0—15 gr. dziennie sody. Spostrzeżenia Hösslina potwierdził Noorden. W końcu kol. Biegański proponuje kol. Wacławowi Konowi, żeby w rozbiorach moczu, dokonywanych w miejscowej pracowni, określał zawsze stopień kwaśności moczu.

Kol. Wacław Kon odpowiada, że badanie to było dotychczas pomijane z powodu nadsyłania do pracowni moczu, częściowo już rozłożonego pod wpływem stania. Określenie kwaśności może mieć istotną wartość tylko w moczu świeżym, niedawno oddanym. W dalszym ciągu przytacza kol. Kon świeżo ogłoszone doświadczenia Fränkla z Bonn, które zdają się potwierdzać poglądy Hösslina. Badania Fränkla dotyczą białkomoczu ortostatycznego u dzieci. Trzymając dzieci te przez kilkanaście minut z silnie wygiętym ku przodowi kręgosłupem, autor ten zauważył równoczesne zwiększanie się ilości białka i kwaśności moczu. Z jednej strony może to być następstwem ucisku żyły głównej i nieprawidłowego obiegu krwi w nerkach, z drugiej zaś wynikiem nadmiernego wytwarzania się kwasów w naprężonych mięśniach. Wprowadzając do ustroju zasady w ilości potrzebnej do zobojętnienia kwaśności moczu, Fränkel zauważył zmniejszanie się lub znikanie białka.

II. Kol. Biegański przedstawił chorego **z objawami porażenia opuszkowego**. Mężczyzna lat 56, przed 6 miesiącami poczuł nagle drętwienie i osłabienie lewej ręki i nogi, które po upływie pół godziny skończyło się porażeniem. Równocześnie zauważył chory znaczne utrudnienie w wymawianiu wyrazów. Przytomność umysłu była zachowana. Porażenie lewostronne po 6 miesiącach zmniejszyło się o tyle, że chory mógł wychodzić z domu. Natomiast zaburzenie mowy w ostatnich tygodniach jeszcze się wzmogło, w dodatku wystąpiły zaburzenia w żuciu i połykaniu pokarmów. Badanie obecne stwierdza ślady porażenia lewostronnego połowiczego oraz porażenie prawego nerwu twarzowego. Język mało ruchomy, z trudnością może być wysunięty poza brzeg zębów, zbacza w lewą stronę. Drgań włókienkowych niema. Łuki podniebienne ruchome. Ruchy mięśnia okrężnego ust ograniczone. Warga dolna zwisa, w czasie mówienia ślina spływa obficie. Mowa bardzo utrudniona, niewyraźna. Chory nie wymawia spółgłosek językowych i wargowych. Żucie utrudnione, przy połykaniu płynów chory od kilku dni się krztusi. Źrenice równe, słabo oddziałują na światło. Wzrok dobry, ruchy gałek ocznych prawidłowe. W czasie mówienia często występują napady mimowolnego śmiechu. Brak bólu i zawrotów głowy. Czucie zachowane. W sercu niema zmian wyraźnych. W moczu białka i cukru niema. Wywiady wyłączają kiłę. Powyższe objawy właściwe są porażeniu opuszkowemu. Nagły początek choroby przemawia za t. zw. porażeniem opuszkowem ostrem pochodzenia naczyniowego. Przyczyną choroby jest zapewne zakrzep w rozgałęzieniach tętnicy podstawowej mózgu i następcze rozmiękninie tkanki mózgowej. Ognisko znajduje się prawdopodobnie z prawej strony na granicy rdzenia przedłużonego i mostu; tylna część sadowi się między piramidą i oliwką, przednia w tkance mostu.

III. Kol. Biegański: **Nowsze badania nad unerwieniem i ruchem jelit**. Zbiorowe streszczenie prac Baylissa, Starlinga, Hertza, Müllera, Schwarza, Boehma i innych. Na wstępie referent opisał bliżej układ nerwowy autonomiczny jelit, składający się ze splotów Auerbacha i Meissnera, oraz jego znaczenie fizyologiczne. Następnie przeszedł do topografii i roli fizyologicznej nerwów trzewnych górnego i dolnego. W dalszym ciągu omówił rozgałęzienie w jelitach nerwu błędnego i nerwów, wychodzących ze splotu podbrzusznego, oraz wskazał na ich przeciwieństwo fizyologiczne z nerwami trzewnymi. Po tych uwagach wstępnych opisał ruch robaczkowy i wahadłowy jelit, znaczenie tych ruchów, oraz szybkość przesuwania się miazgi pokarmowej w różnych odcinkach przewodu pokarmowego. Zatrzymał się dłużej na ruchu wstecznym kątnicy i okrężnicy wstępującej. Dalej mówił o dzieleniu się (segmentacyi) kału w okrężnicy poprzecznej i o przesuwaniu się »segmentów« kału aż do prostnicy. W końcu opierając się na przytoczonych datach fizyologicznych, rozważył referent sposób powstawania nawykowego zaparcia stolca, mówił o zaparciu kurczowem (teorya Boehma), o postaciach »hypokinetycznych i dyskinetycznych« opisanych przez Schwarza, wreszcie wspomniał o badaniach najnowszych Meyera, Betza i Gebhardta, które wyjaśniają działanie środków czyszczących. Karol Rozenfeld.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Do Zarządu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wybrani zostali na posiedzeniu w d. 18. XII: prezesem Dr Tomasz Janiszewski (ponownie), wiceprezesem prof. Dr Franciszek Nowotny, sekretarzem dorocznym Dr J. Zubrzycki, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« prof. Dr Ciechanowski, a administratorem Dr B. Wojciechowski (obaj ponownie na 3 lata); członkami komisyi redakcyjnej Dr Blassberg, prof. Browicz, prof. Krzyształowicz, prof. Majewski i prof. Rutkowski (wszyscy ponownie), członkami komisyi rewizyjnej Dr T. Piotrowski i Dr Stahr, przewodniczącym komisyi przemysłowo-lekarskiej prof. Męsowicz, delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lekarzy galic. prof. Browicz i prof. Ciechanowski, delegatem do komisyi kontrolującej Tow. lek. galic. prof. Ciechanowski, a delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lekarzy galicyjskich Dr Ackermann, Cybulski, prof. Ciechanowski, Dr Damski, prof. Dobrowolski, Kostanecki, Dr Jan Landau starszy, Schöngut, Surzycki, Kwaśnicki, prof. Wicherkiewicz; jako zastępcy: prof. Bochenek, Dr Berezowski, prof. Reiss i Dr Z. Wachtel starszy. Urzędy skarbnika, gospodarza, sekretarza stałego i bibliotekarza pozostają bez zmiany do końca trzechletnich kadencyi.

— II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich zgromadził w d. 20—23. XII. przeszło stu uczestników ze wszystkich dzielnic Polski. Zjazd zagaił prezes komitetu gospodarczego, prof. Piltz, poczem krótkie przemówienia powitalne wygłosili Dr Szarski, wiceprezydent m. Krakowa, rektor prof. Dr Zoll imieniem Uniwersytetu Jagiellońskiego, Dr Flatau od Towarzystwa naukowego warszawskiego, Dr Chłapowski od Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu, Dr Męczkowski od warszawskiego Towarzystwa lekarskiego i od Redakcyi »Gazety lekarskiej«, Dr Koelichen od warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy, prof. Dr Rubczyński od Towarzystwa filozoficznego krakowskiego, Dr Janiszewski od krakowskiego Towarzystwa lekarskiego i od »Przeglądu lekarskiego«. W otwarciu Zjazdu był Wydział lekarski krakowski reprezentowany przez liczne grono profesorów i docentów z dziekanem prof. Nowakiem na czele, Wydział lekarski lwowski reprezentowany przez prof. A. Gluzińskiego, Halbana i i. Prezesami Zjazdu wybrani zostali Dr Flatau, Chłapowski, Radziwiłłowicz, prof. Halban, Dr Goldflam, prof. Twardowski, Dr Męczkowski, doc. Orzechowski, Dr Pański i p. Szycówna. Sekretarzami wybrani Dr Bornstein, Koelichen, Łapiński, Mikulski, Bandrowski, Rothfeld, Jaroszyński, Jarkowski. Obrady toczyły się według bardzo dobrze ułożonego porządku dziennego przez cały czas trwania Zjazdu z niesłabnącem zajęciem. Uczestników Zjazdu podejmował prezes komitetu gospodarczego rautem, a komitet gospodarczy wieczerzą, w czasie której wygłoszono liczne przemówienia. Na Zjazd nadeszły mnogie depesze i pisma powitalne ze wszystkich ognisk naszego ruchu naukowego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Henryk Szczodrowski, rodem z Winnicy w Królestwie polskiem.

— Dr Karol Rudnicki, burmistrz m. Szczucina, odznaczony został tytułem radcy cesarskiego.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. XII. do 14. XII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 3 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej —, płonicy — † — (1 † —), odry 2, duru brzusznego — † — (— † —), czerwonki 1, gorączki połogowej 1, róży 5. Dr Janiszewski.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego d. 5. XII. b. r. zostały m. i. przedstawione następujące prace: 1) p. J. Rotstadt: »Badania nad cytologią płynu mózgowo-rdzeniowego«; 2) p. T. Simchowicz: »Badania doświadczalne nad zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym, w zależności od gruczołów z wydzieliną wewnętrzną«; 3) p. M. Bornstein: Badania doświadczalne nad zmienami uciskowemi rdzenia«; 4) p. St. Lencewicz: »Przyczynek do sprawy wskaźnika szerokościo-długościowego czaszek ziem polskich«; 5) p. Lothowa-Niemirycz: »O rzadkim przypadku przebiegu listewek skórnych na stopie murzyna«; 6) p. Lothowa-Niemirycz: »Badania anatomiczno-antropologiczne nad kanałem wyrostków poprzecznych (canalis transversarius) kręgów szyjnych.

— Nowy miejski przytułek położniczy na 72 łóżka (w razie potrzeby liczba ta może być zwiększona do 100) został otwarty 15. XII. w doskonale urządzonym, nowo zbudowanym gmachu przy ulicy Karowej.

— »Gazeta lekarska« ogłasza konkurs im. B. Żebrowskiego z nagrodą rb. 100, na pracę z dziedziny bakteryologii lub chemii lekarskiej, drukowaną w polskich pismach lekarskich w r. 1912.

— Dr Antoni Kędzierski zachęca lekarzy prowincyonalnych z okolic Warszawy do zgrupowania się w warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy odezwą, ogłoszoną w obu warszawskich tygodnikach lekarskich.

— »Medycyna i Kronika lekarska« zwiększa format pisma na modłę wszechświatową (22.6X82 cm) i ogłasza, że od roku 1913 płacić będzie za wszystkie artykuły honoraryum autorskie.

— Sanatoryum dla chorych piersiowych w Rudce zawiadamia pp. lekarzy, że drukowane informacye co do warunków przyjęcia do sanatoryum, oraz blankiety do wpisywania opinii lekarskiej można otrzymać: w Sanatoryum w Rudce (st. poczt, i kol. Mrozy, gub. Warsz.), w kancelaryi Komitetu Sanatoryum, Warszawa, Czysta 4, oraz u następujących lekarzy, członków Komitetu: Dr Edwarda Zielińskiego (wice-prezesa Komitetu), Warszawa, Senatorska 4, Dr Ottona Hewelke, Warszawa, Trębacka 15, Dr Józefa Skłodowskiego, Warszawa, pl. Aleksandra 2. Uprasza się pp. lekarzy o łaskawe wysyłanie piśmiennych opinii o stanie chorego bezpośrednio do Sanatoryum w Rudce, a to w celu umożliwienia zachowania dyskrecyi. Informacyi co do wakujących miejsc i terminu przyjęcia chorego udziela osobiście na miejscu w Sanatoryum w Rudce lub listownie Dyrektor Zakładu Dr St. Gałecki.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 9. XII. do 23. XII. 1912 przypadków: ospy 6 † —, płonicy 5 † 1, duru wysypkowego 2, róży 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału lekarskiego Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 7/20. XII. 1912 znajdowała się uchwała o wartości leczniczej naturalnej wody mineralnej z pod gór Uralskich (»Spirydonowskiej)«, oraz wykłady Dr Polaka (z Warszawy): O organizacyi I. Zjazdu higienistów polskich we Lwowie i Dra Huszczy: Istota i warunki powstawania t. zw. chorób kesonowych. Na porządku dziennym zaś posiedzenia Wydziału przyrodniczego Związku w d. 5/18 XII. 1912 był wykład inż. Rundo: Wrażenia z pobytu na VI. Zjeździe międzynarodowym elektro- i radyologii ogólnej i lekarskiej w Pradze.

— II. międzynarodowy Zjazd dla spraw ratownictwa i zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom odbędzie się w Wiedniu 9—13 września 1913. Prezesami honorowymi są m. i. ministrowie Biliński, Długosz i Zaleski, do komitetu zaś należą m. i. prof. Finger, generał lekarz Dr Hordyński z Wiednia, prof. Wicherkiewicz, prof. Braun, Dr Zakrzewski z Krakowa, Dr Fels, Zgórski, Mikołajski i Stroynowski ze Lwowa.

Zmarli: Dr Władysław Tatarczuch, były lekarz miejski we Lwowie, założyciel polikliniki lwowskiej; chirurg prof. Genzmer w Halle, psychiatra prof. Wille w Bazylei.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie c. k. Krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1908 i 1909. Lwów 1912. — Dębiński: Dyagnostyka gruźlicy. Część I. Warszawa 1912 (wydawnictwo przy współudziale kasy im. Mianowskiego). Stron 121 (cena 1 rb.). — Mikulski: Auffassungs- und Merkversuche an Gesunden und Kranken mit besonderer Berücksichtigung des Gefühls der Sicherheit. Odb. »Psycholog. Arbeiten« 1912. — VI. Sprawozdanie Koła medyków wszechnicy lwowskiej za r. 1911/12. — Beck i Zbyszewski: Recherches sur les courants d'action dans les glandes sudoripares et salivaires. Bull. Acad. des scien. Cracovie 1912. — Mażylis: Przypadek krezki pierwotnej (wspólnej) u noworodka z torbielowatem przekształceniem nerek. Odb. »Nowiny lek.« 1912. — Guranowski: O organizacyi pracy umysłowej. Odb. »Medyc. i Kronika lek.« 1912. — Maksymilian Rose: Histologische Lokalisation der Grosshirnrinde bei kleinen Säugetieren. Journal für Psychologie u. Neurologie. 1912. Bd. 19. Ergänzungsheft 2.

Bibliografia.

»**Paris médical**«, ruchliwy tygodnik, wydawany pod redakcyą prof. Gilberta w nakładzie księgarni J. B. Baillière & fils w Paryżu, poświęcił pierwszy tegoroczny numer grudniowy wyłącznie chorobom dzieci, dając całorocany przegląd prac w zakresie chorób wewnętrznych i chirurgii dziecięcej, obok artykułów o urazach kośćca, zapaleniu płuc, operowaniu porażeń kurczowych, tarni dwudzielnej, rozpoznawaniu niezupełnych form krztuśca, ortopedyi u dzieci i t. d., pióra Dr Mouchet, Lereboullet, Schreibera, Weilla, Mouriquand, Forstera, Froelicha, Delcourta, Roederera, prof. Kirmissona i in.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1912.

Gazeta lek. Nr 51—52. Saski: O zawartości ciał swoistych w surowicach przeciwpneumokokowych Mercka oraz Drezdeńskiej (49—50). — Dembowska i Rzętkowski (dok. 49). — J. Jaworski: Przyszły zakład do badań nad rakiem w Warszawie (49). — Serkowski i Kraszewski: Zastosowanie refraktometru do badań chemiczno-fizyologicznych (50). — Popielski: Badania doświadczalne nad czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (51—52). — Ciechomski: W sprawie rentgenologii żołądka (51).

Medycyna i Kronika lek. Nr 49—52. Lubelski: W sprawie leczenia ostrego ropnego zapalenia stawu kolanowego (49—50). — Justman (dok. 49). — Lipsztat: W sprawie leczenia ostrego gośćca stawowego wstrzykiwaniami roztworu salicylanu sodu (50). — Zawadzki: W sprawie wynagrodzenia lekarzy w szpitalach warszawskich (50). — Zylberlastówna: Przyczynek do badań nad kiłą mózgowordzeniową (51—52). — Lewin: O stosowaniu starej tuberkuliny Kocha w gruźlicy płuc (51).

Tygodnik lek. Nr 49—52. Kostrzewski: Własności hemolityczne surowicy ludzkiej badane współcześnie na dwa do cztery rodzaje krwinek (49—50). — Berlstein i Nowicki (dok. 49—50). — Gröbel: Sprawa postępowania przy krwotokach położniczych na tegorocznym międzynar. Zjeździe ginekol. w Berlinie (49). — Machek: Operacya opadniętej powieki (50). — Schusterówna: Naczyniak jamisty w sercu noworodka.

Nowiny lek. Nr 12. Bieliński: Pięćdziesięciolecie Szkoły głównej Warszawskiej. — Łazarowicz: Współczesny stan przewlekłego nieżytu śluzówki macicy. Leczenie. — Chłapowski: Czerwony krzyż na Bałkanach.

Postęp okulist. Nr 11. Rumszewicz: O torbielach gruczołu Krausego. — Koszutski: Stan oczu u dzieci początkowych szkół w Kaliszu. — Koszutski: 12 przypadków »Scotoma helieclipticum«.

Kronika dentyst. Nr 12. Krakowski (dok.).

Przegląd higieniczny Nr 12. Drexler (dok.).

Zdrowie Nr 12. Jaroszyński: O zapobieganiu nerwowości przez racyonalne wychowanie. — Łapiński T.: W sprawie projektu zakładu dla umysłowo chorych mieszkańców Warszawy. — Miszewski: Drewnica, zakład dla umysłowo chorych pod Warszawą. — Wisłocki: Sanatoryum dla nerwowo chorych w Karolinie. — Bregman: Zofijówka, zakład dla umysłowo chorych pod Otwockiem.

Nasze Zdroje Nr 26—27. Zaleski: O podkopywaniu powagi naszych uzdrowisk przez lekarzy. — Ashkenazy (dok). — 10-lecie Sanatoryum Dr Dłuskiego. — Włyński (dok.). — Orłowicz (dok.).— Tarnowski: Projekt ustawy sejmowej dla zdrojowisk i uzdrowisk. — Eksport galicyjskich wód mineralnych do Królestwa Polskiego.

Głos lekarzy Nr 24. Odezwa w sprawie świadectw dla uszkodzonych robotników. — Wzór umowy z kasami chorych. — Mikołajski (dok.).

Słowo lekarskie Nr 23—24. Stahr (dok. 23). — Badania uszkodzonych w praktyce kas chorych. (23). — Żydłowicz: W sprawie rozbiorów moczu przez laików (23). — Luster: Sprawozdanie z VII. Zjazdu delegatów Związku organizacyi lek. w Austryi (24). — Obrazki z praktyki (24). — Karykatura społecznej opieki (24). — Głośny proces lekarza o otrucie we Francyi (24).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Ervasin i Ervasin-Calcium. Dr Curt Ehrlich, Berlin (Deutsche Medizinal-Zeitung 1912, Nr 37).

Pod tą nazwą sporządza chemiczna fabryka Goedecke & Co. kwas acetyloparakreosotynowy i jego sól wapniową rozpuszczalną we wodzie i wprowadza je do obrotu. Połączenia te mają zastąpić kwas acetylosalicylowy i jego sole.

Ponieważ kwas acetyloparakreosotynowy jest w wodzie nierozpuszczalny, z drugiej zaś strony często odzywają się żądania rozpuszczalnegó we wodzie skutecznego przetworu salicylowego, i to nietylko dlatego, że często istnieje wstręt do proszków lub kołaczyków i że szczególniej dzieciom — zwłaszcza przy zawartości części poprawiających smak — łatwiej się podaje płyny, lecz także, ponieważ w pewnych przypadkach pożądane jest szczególnie szybkie działanie wskutek szybkiego wessania, przeto musiano dalsze doświadczenia w tym kierunku przeprowadzić, aby z kwasu acetyloparakreosotynowego wytworzyć przetwór rozpuszczalny w wodzie i odpowiedni do podawania w postaci ulegającej w żołądku wessaniu. Chodzi zatem o to, aby wynaleść sól rozpuszczalną w wodzie »Ervasinę«, która nietylko w postaci stałej, lecz także w rozczynie okazała się trwałą i nie wykazywała niepożądanych objawów ubocznych. Z soli ervasiny sporządzono sól sodową, litową i wapniową. Różne metody doprowadziły do wyników pomyślnych. Wprawdzie sól sodowa kwasu acetyloparakreosotynowego jest trwalszą, aniżeli kwasu acetylosalicylowego, lecz mimo to nie odpowiada wymaganiom w pożądanej mierze. Przeciw soli litowej przemawiają również pewne szczegóły, natomiast sól wapniowa, która zarazem okazała się najstalszą, zdaje się odpowiadać wszystkim wymaganiom; obok korzystnego działania kwasu acetyloparakreosotynowego występuje działanie wapnia, cieszące się właśnie w ostatnich czasach wielostronnem zastosowaniem i któremu obok działania uspokajającego przypisują wpływ korzystny na czynność serca.

Jako wskazania dla Ervasin-Calcium uważa się: ostry i przewlekły gościec stawowy i gościec mięśniowy, grypę, nerwobóle, gorączkę i wszelkie inne zakresy stosowania kwasu salicylowego. Dawkowanie w przypadkach lekkich 3—4—5 razy dziennie 1 gr. wzgl. dwa kołaczyki à 0·5 gr. Dzieciom połowa tej dawki. Ervasin-Calcium stosuje się w temsamem dawkowaniu i przyjmowane bywa przez chorych najchętniej w wodzie ocukrzonej, przez co zupełnie pokrywa się smak gorzkawo-mdły.

Hr. W.